

○家庭の状況（保育施設利用者負担額の決定の際に必要となります。）

① 同一世帯員（同地番の方も含む）について（ひとり親世帯等・在宅障がい児（者）等該当者の有無をご記入ください。）

| | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ・ひとり親の方 (申込児童の保護者について) | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり |
| ・生活保護受給者 | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※保護開始日【 年 月 日】 |
| ・身体障害者手帳交付を受けた方 | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※手帳のコピーを添付してください。 |
| ・療育手帳の交付を受けた方 | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※手帳のコピーを添付してください。(療育施設の通所受給者証等ではありません。) |
| ・精神障害者保健福祉手帳 の交付を受けた方 | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※手帳のコピーを添付してください。 |
| ・特別児童扶養手当の対象児 | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※証書のコピーを添付してください。 |
| ・国民年金の 障害基礎年金等の受給者 | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※証書のコピーを添付してください。 |

② 入所を希望するお子さんの兄弟姉妹について

| 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 現況(勤務先・学校等) | 同居・別居【住所】 |
|----|------|----|-------------|------------------------------------------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】 |

※入所を希望するお子さんの兄姉が18歳以上の学生の場合には学生証(在学証明書)等のコピーを添付してください。

※入所を希望するお子さんの兄姉が別居している場合には健康保険証のコピーを添付してください。

③ 入所を希望するお子さんの父母について

| | |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ・育休(産休)取得 | <input type="checkbox"/> 非該当 / <input type="checkbox"/> 該当(以下に期間等を記載してください。 ※育児休業期間【 年 月 日 ~ 年 月 日】 出産予定日【 年 月 日】 |
| ・入所保留の場合の 育休延長の可否 | <input type="checkbox"/> 職場と未相談(不明) <input type="checkbox"/> 職場と相談済(下の該当項目にも✓) 【 <input type="checkbox"/> 延長不可 / <input type="checkbox"/> 延長可能(最長 まで) / <input type="checkbox"/> 未定・不明 】 |

きょうだいで同時に申し込む場合(該当する方のみ) (チェックボックス)に✓をつけてください

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 同時期に同じ保育施設を希望 ※希望順位の低い保育施設になることもあります。 《同じ保育施設の入所ができない場合》… <input type="checkbox"/> 空くまで待つ / <input type="checkbox"/> 同時期の入所であれば別々の保育施設でもよい |
| <input type="checkbox"/> 同時期に希望順位優先で入所させたい(別々の保育施設になってもよい) |
| <input type="checkbox"/> 一人でも先に入所させたい(↓◎を記入) ※入所出来なかったお子さんを家庭で保育する場合は選択できません。 《入所できなかったきょうだいの保育について》 《同時期の入所が可能の場合》 ※優先したいことについてです。希望に沿えないこともあります。 <input type="checkbox"/> きょうだい同施設を優先 (希望順位が低い保育施設になってもよい) / <input type="checkbox"/> 希望順位優先 (別々の保育施設になってもよい) |